52

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1911 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Par Léon-Charles-Jean-Marie VERNIÉ

Né à Arles (Bouches-du-Rhône), le 3 mai 1884

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

TORSION DE L'HYDROSALPINX

Président : M. SEGOND, *professeur.*

PARIS

ÉMILE LAROSE LIBRAIRE-ÉDITEUR

11, Rue Victor Cousin, 11

—

1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	ACHARD.
Pathologie médicale	WIDAL. N.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	Pierre MARIE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	HARTMANN.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	MARFAN.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. GILBERT. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE.
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET. QUENU. REGLUS. SEGOND.
Clinique opthalmologique	De LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	BAR. PINARD. RIBEMONT-DES-SAIGNES.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.

BALTHAZARD	DESGREZ	LECÈNE	OMBREDANNE
BERNARD	DUVAL (Pierre)	LENORMANT	PROUST
BRANCA	GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY
BRINDEAU	GREGOIRE	LERI	RETTERER
BROCA (André)	GUENIOT	LŒPER	RICHAUD
BRUMPT	GUILLAIN	MACAIGNE	ROUSSY
CAMUS	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
CARNOT	JOUSSET (André)	MORESTIN	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LABBÉ (Marcel)	MULON	SICARD
CHEVASSU	LANGLOIS	NICLOUX	TERRIEN
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	NOBÉCOURT	TIFFENEAU
COUVELAIRE		OKINCZYC	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE, A MA MERE

En témoignage de reconnaissance et de vive affection.

A MES FRERES

A MES SŒURS

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
A REIMS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
A PARIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SEGOND

Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur.

AVANT-PROPOS

M. le Dr Leuret, chirurgien de l'hôpital Saint-Joseph, ayant extirpé devant nous un volumineux hydrosalpinx tordu et nous ayant signalé la rareté de ces torsions, nous avons résolu de les étudier et d'en faire le sujet de notre thèse.

Avant d'aborder les différents chapitres de notre étude nous tenons à remercier M. le Dr Leuret de tous les bons conseils et les encouragements qu'il nous a prodigués pour notre travail.

Sa grande amabilité nous a incité à le distraire souvent à notre profit de ses occupations. Qu'il veuille bien nous excuser et croire que nous lui resterons toujours reconnaissant !

Parvenu au terme de nos études médicales, nous adressons un souvenir ému à l'École de médecine de Reims qui vit nos débuts.

Nous garderons dans notre mémoire une place d'honneur à nos excellents et premiers maîtres. Nos années d'internat à l'Hôtel-Dieu de Reims resteront parmi les plus utiles et les meilleures de nos années d'étude.

Nous sommes heureux de remercier tout particulièrement le Dr Langlet, directeur de l'École, maire de Reims, le Dr Harman, le Dr Gueilliot, le Dr Colleville, le Dr Jacquinet, le Dr Luton et le Dr De Bovis, chirurgiens, médecins et accoucheurs des hôpitaux de Reims, qui furent nos chefs de service.

A Paris nous avons terminé nos stages chez les professeurs Gilbert Ballet et Bar. Nous leur adressons ici un tribut de reconnaissance pour leurs fructueux enseignements.

Nous n'oublierons pas tous les chefs de service qui nous ont largement ouvert l'accès de leurs salles dans les hôpitaux de Paris, qu'ils trouvent ici nos remerciements !

Nous devons un merci tout spécial à l'excellent maître que nous avons trouvé en M. le Dr Dautel, chef de service à l'hôpital de Bon-Secours, pour la bienveillance et les bons conseils dont il a toujours été si inlassablement prodigue envers nous durant notre séjour dans cet établissement.

Que notre maître, M. le Dr Potherat, chirurgien-chef de l'hôpital Broussais, veuille bien trouver ici l'hommage de notre gratitude pour la bienveillance dont il a toujours fait preuve à notre égard tant à Bon-Secours qu'à l'hôpital Broussais.

Dans l'édification de ce travail la netteté et la précision de ses explications nous ont été d'un très grand secours. Nous le remercions vivement.

Nous remercions également M. le Dr Tisné, médecin de l'hôpital de Bon-Secours, de toutes ses bontés envers

nous et le prions d'excuser nos opinions peut-être paradoxales et nos reparties par trop vives.

Monsieur le Professeur Segond, chirurgien des hôpitaux, a bien voulu accepter la présidence de cette thèse, nous lui en sommes très reconnaissant et le remercions bien vivement du grand honneur qu'il nous fait.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

TORSION DE L'HYDROSALPINX

CHAPITRE PREMIER

Historique

En 1891 Blaud Sutton de Londres découvrait, au cours d'une opération faite par Henry Morris qu'il assistait, la première salpingite tordue. Il en rapporta l'observation dans *The Lancet* et attira l'attention sur cette nouvelle complication des tumeurs des trompes.

Delbet fit l'année suivante sur cette question une communication très instructive dans le *Bulletin de la Société anatomique de Paris*. Il signalait ce phénomène et dénonçait la similitude de ses symptômes cliniques avec ceux d'autres affections de la région.

Dès lors, les chirurgiens mis en éveil multiplient les observations et les communications.

Napier, Taylor en Angleterre, Russel, Hirst, Malcolm Storer en Amérique, de Stroganoff et Warnek en Russie, Jacobs en Belgique, Veit, Martin, Hennig, Fritsch,

Sænger et Forselles en Allemagne en publient des cas.

En France, Hartmann et Reymond en 1894, Legueu et Chabry en 1897, Legueu en 1898, l'étudient également. Le premier travail d'ensemble sur la question est la thèse de Maillard qui collecte dix observations nouvelles et date également de 1898.

En 1900 l'intérêt semble croître encore. Les cas sont publiés en grande quantité, on les évalue pour cette seule année au tiers de tous ceux connus.

Nous relevons les noms de Clado, Hartmann, Poirier, Pozzi, Rouffart, Boudrou, Fochier, Guilloud. Legueu signale le premier, dans la *Presse médicale*, la possibilité de torsions sans étranglement, torsions lâches susceptibles de passer par la suite à l'étranglement aigu suivi de toutes ses conséquences.

Puis paraît le travail très complet de son élève Cathelin. Le mémoire donne une mise au point parfaite de la question. Etiologie, pathogénie, anatomie pathologique, mécanisme sont étudiés avec soin et les conclusions s'appuient sur 41 observations.

Depuis cette date des faits nouveaux ont été publiés. Le diagnostic que Cathelin dit n'avoir jamais vu faire a été posé fermement (obs. II et obs. III).

L'étude du liquide a été faite de façon complète.

Le mécanisme a été étudié par Lejars, Legueu en 1909, et à l'étranger par Alfieri, Sorbi, tout récemment en 1910.

Lejars a donné un regain d'intérêt à la question en insistant sur l'existence de torsions par étapes quelquefois très éloignées l'une de l'autre, donnant lieu à des crises abdominales paroxystiques surtout aux moments

des règles (Société d'Obstétrique, Gynécologie et Pédiatrie, 8 novembre 1909).

Ces crises facilement méconnues expliqueraient bien certaines névralgies pelviennes, pelvipéritonites, coliques néphrétiques d'un diagnostic peu certain et sans conviction.

Nous verrons à l'étude du mécanisme qu'elles sont également pleines d'enseignement pour l'interprétation de l'étranglement aigu.

Si nous ajoutons que le même auteur a envisagé la possibilité d'un diagnostic regardé jusqu'ici comme impossible et qu'il en a indiqué les bases, nous nous croyons autorisé à considérer que nous n'aurons pas fait œuvre inutile en cherchant à contribuer selon nos faibles moyens à l'étude de la torsion des hydrosalpinx.

CHAPITRE II

Anatomie pathologique macroscopique

Lorsqu'on pratique la laparotomie dans le cas d'hydrosalpinx tordu sur son pédicule, on voit même avant l'ouverture de la séreuse péritonéale une tumeur qui présente une ressemblance frappante avec l'intestin de la hernie étranglée (Pozzi, Legueu).

La couleur est la même et on la retrouve toujours identiquement décrite dans toutes les observations. Elle est noir violacé, bien différente par conséquent de celle de l'hydrosalpinx pur. Sous l'influence de l'étranglement et comme conséquence de l'apoplexie du kyste se sont produites des suffusions sanguines qui ont coloré les parois et le liquide de la tumeur. Il n'est donc pas étonnant qu'il y ait similitude de coloration entre l'intestin étranglé et l'hydrosalpinx tordu, ce sont des effets relevant de mêmes causes.

Cette tumeur isolée des anses intestinales qui l'entourent est ballante, mobile de droite et de gauche, autour du ligament large.

Sa forme que l'on a comparée à un battant de cloche,

à une massue, à une cornemuse, est ovoïde. Il nous paraît plus conforme à la réalité de la dire piriforme, car comme la poire elle possède deux extrémités très inégales.

La grosseur varie entre celle d'une orange et celle de la tête d'un fœtus à terme ou d'un œuf d'autruche.

Souvent lobulée, irrégulière, polykystique, elle offre des parois d'inégale épaisseur, aussi fines à certains endroits qu'une feuille de papier.

Si nous examinons de plus près cette tumeur dans ses rapports avec la trompe, nous constatons qu'elle occupe les deux tiers externes de cet organe, qu'elle est formée au niveau et aux dépens du pavillon dont les franges ont disparu sous la distension progressive et sont introuvables. Nous constatons aussi que le gros pôle de notre ovoïde est externe.

Le contenu est sous forte pression : la poche paraît être prête à se rompre.

Cette tuméfaction va en décroissant de sa grosse extrémité externe vers son point d'insertion et nous trouvons le pédicule tordu sur lui-même. Ce pédicule n'est autre que la trompe, peu augmentée de volume. Sa longueur est en moyenne de 1 à 3 centimètres, sa grosseur comparable à un crayon, à une plume d'oie, quelquefois à l'index.

Il est horizontal ou d'une obliquité se rapprochant beaucoup de cette position.

Le sens de la torsion paraît être indifférent.

Tantôt il y a, comme le dit Cathelin, antétorsion, tantôt rétrotorsion.

Les tours de spire qui, d'après le même auteur, seraient de deux en moyenne, peuvent être plus nombreux, jusqu'à cinq (obs. IV).

Cette torsion présente deux aspects bien différents. Elle peut être serrée, les tours de spire étant fortement accolés les uns aux autres, ou lâche. Legueu en 1900 (*Presse médicale*, samedi 20 janvier 1900) a particulièrement insisté sur ses torsions lâches ne donnant pas d'accidents aigus.

Il publia à cette date plusieurs observations dont nous extrayons la suivante qui mérite d'être citée comme exemple :

Il s'agissait d'une malade de 26 ans, qui depuis deux ans éprouvait *au moment de ses règles* des douleurs dans le bas-ventre, les douleurs étaient surtout localisées à droite. Les règles duraient deux ou trois jours.

Ces douleurs s'atténuaient en même temps que l'écoulement sanguin diminuait. Dans l'intervalle cette malade n'éprouvait aucune sensation anormale, elle avait seulement quelques pertes blanches.

Au toucher je sentais dans le cul-de-sac postérieur une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, arrondie, lisse, régulière, rénitente, nettement séparée de l'utérus par un sillon profond. Elle était d'ailleurs mobile, assez peu douloureuse au toucher et présentait tous les caractères d'un hydrosalpinx.

Après laparotomie je tombais sur un hydrosalpinx à pédicule tordu une fois et demie sur lui-même ; la tumeur ne présentait pas *d'étranglement*, elle avait sa coloration rosée habituelle.

En 1909 Lejars rapportant neuf observations nouvelles insiste à son tour sur ces torsions lâches. Nous aurons à nous en occuper par la suite.

Disons en passant qu'elles doivent être très fréquentes si nous nous en rapportons à cet auteur. Elles passent du reste inaperçues car elles ne donnent pas de symptômes d'étranglement qui, comme le dit Sorbi, est la cause de la symptomatologie puissante de la torsion des trompes.

Après cette description macroscopique, il nous reste à étudier : le contenu du kyste, la quantité de liquide, ses parois et leurs modifications histologiques, ainsi que celles du pédicule.

Contenu de l'hydrosalpinx. — La quantité du liquide est en moyenne de 400 grammes. Primitivement le contenu est clair, citrin. La torsion l'a transformé en hématosalpinx. Le liquide est devenu couleur lie de vin, analogue à celui de l'hématocèle. Cette transformation d'hydro en hématosalpinx a été saisie sur le vif dans une observation de Cathelin (obs. XIII). Au début d'une torsion, on constata un liquide jaune-sérum marbré de rouge.

Tout se ramène donc à la diffusion du sang dans un liquide d'hydrosalpinx ordinaire. Mais que contient celui-ci ? Nous en rapportons une analyse due à MM. Richaud et Bidot (*Société de Biologie*, 23 janvier 1909).

« La composition de ce liquide est peu connue, du moins ne la trouve-t-on pas dans les ouvrages classiques.

Ayant eu l'occasion d'en examiner un échantillon,

nous avons pu faire quelques remarques intéressantes et dignes d'être publiées.

Le liquide dont il s'agit nous a été remis par le Dr Auvray. Il provenait d'un hydrosalpinx double opéré chez une femme de 30 ans.

Nous signalerons tout d'abord que le liquide retiré de la tumeur gauche ne ressemblait pas à celui de la tumeur droite. Ce dernier était limpide, transparent, de coloration jaune pâle tandis que le premier était légèrement trouble et de coloration *rosée*. (Présence de sang.)

L'examen a porté sur ce liquide total car ils avaient été mélangés.

Au moment où il nous a été remis, ce liquide présentait une coloration rosée : examiné par réflexion il était à peu près transparent, vu par réfraction, il apparaissait au contraire opaque et fluorescent, sa consistance était un peu visqueuse. Il fut mis à la glacière et examiné vingt-quatre heures après son extraction.

En retirant le flacon de la glacière, nous remarquons que le liquide primitivement à peu près homogène s'est séparé en deux couches : une couche supérieure transparente et fluorescente, une couche inférieure formée par un dépôt relativement abondant de coloration rouge brique, sur laquelle se détachent de nombreuses paillettes à reflets métalliques.

Examiné au microscope ce dépôt laisse voir quelques globules rouges, des globules blancs et enfin de très nombreux cristaux typiques de *cholestérine*.

Il est séparé du liquide surnageant et desséché dans

le vide ; dans le résidu ainsi obtenu on dose la cholestérine. On trouve 1 gr. 12.

Le liquide surnageant examiné à son tour offre la composition centésimale et les caractères suivants :

Réaction très légèrement acide :

Densité à 0 degré :	1021.
Extrait à 100°	7,652
Urée	0,13
Matières grasses	traces.

Albumine totale : 6 gr. 10, se décomposant ainsi :

Sérine.	3 gr. 40
Globuline	2 gr. 70

Quantité appréciable de mucine qu'on ne dose pas.

Pseudomucine très nettement caractérisée.

Cendres totales : 0 gr. 809, se décomposant ainsi :

Cendres solubles	0 gr. 743
Cendres insolubles . . .	0 gr. 066

Les cendres solubles sont presque complètement formées de NaCl, il y a des traces de phosphates.

De cette analyse ressortissent deux faits principaux :

1° Les liquides d'hydrosalpinx renferment une quantité relativement élevée de *cholestérine ;*

2° Ils renferment aussi cette substance albuminoïde particulière désignée autrefois par Scherer sous le nom de métalbumine, à laquelle on a donné le nom plus tard de paralbumine et plus récemment de *pseudomucine*.

Cette *pseudomucine* qui appartient au groupe des glycoprotéides a été jusqu'ici considérée comme caractéristique des liquides ovariens proprement dits.

On voit qu'elle peut se rencontrer dans des liquides ayant une autre origine.

Mais il est intéressant de constater qu'il s'agit encore de liquides pathologiques développés dans des kystes siégeant sur des organes utéro-annexiels.

Cette analyse ne fait pas mention de la présence ou de l'absence de microorganismes pathogènes.

Cette question est cependant intéressante. Le liquide est-il aseptique, ou présente-t-il par son contenu un danger de suppuration pour la poche et un danger pour le péritoine ?

Il semble qu'il ne soit pas toujours stérile et inoffensif. Hartman et Reymond y ont trouvé des *cocci* isolés, ou en groupes libres ou intracellulaires restant colorés par le Gram ; des bactéries variables comme forme et comme grandeur décolorés par le Gram, enfin des tétracoques.

Ils ont étudié ces cocci. Ceux-ci ont un diamètre de 2 μ et apparaissent au fort grossissement formés de deux demi-coques séparées par un espace clair. Cultivés sur gélose, ils donnèrent une couche blanche laiteuse; sur bouillon un trouble rapide et un dépôt abondant tombant au fond du tube ; sur gélatine de fines plaques semblables à celles de la gélose mais plus étalées.

Cette espèce paraît se rapprocher des micrococcus

lacteus faviformis qu'on trouve dans l'utérus, le mucus vaginal et les bartholinites.

Les inoculations faites dans le péritoine du lapin, du rat et du cobaye n'ont donné aucun résultat. Inoculées sous la peau, elles ont provoqué une fois sur quatre un petit abcès, les autres points d'inoculation ayant réagi par une légère induration disparue le lendemain.

Ce microcoque ne paraît donc pas pathogène, mais il est possible que sous certaines influences sa virulence s'accroisse et qu'il devienne pyogène.

D'autres microbes venus probablement de l'intestin par voie sanguine ont été rencontrés beaucoup plus rarement, mais ils ont une réputation autrement malfaisante.

Hartmann et Reymond ont isolé *le staphylocoque blanc, le bacterium coli.*

Doléris signale également la présence du *staphylocoque.*

Nous en conclurons que la poche kystique n'est pas à l'abri de l'infection et que c'est probablement ainsi que se créent les pyosalpinx.

LÉSIONS MICROSCOPIQUES DE LA POCHE KYSTIQUE ET DU PÉDICULE

Les lésions de ces organes sont surtout dues aux apoplexies résultant d'une gêne dans la circulation. « Pour se faire une idée des coupes, disent Hartmann et Reymond, il faut supposer que chacun des éléments

entrant dans la composition de cette salpingite a été dissocié, éloigné des éléments voisins de façon à ce que la superficie couverte par l'ensemble soit 5 à 6 fois plus considérable qu'avant l'hémorragie. Qu'on suppose maintenant que chacun des vaisseaux gorgés de sang ait pris des dimensions extraordinaires, qu'on remplisse de sang tous les espaces laissés libres entre les éléments dissociés et l'on aura une idée de l'aspect présenté par ces coupes. »

Ces lésions sont communes aux parois kystiques et au pédicule; elles sont beaucoup plus accusées sur ce dernier. La lumière de cet organe est agrandie, son épithélium n'existe plus par places. La muqueuse est augmentée d'épaisseur et excessivement dissociée par les suffusions sanguines.

Les couches musculaires présentent des lésions absolument semblables.

Quant aux artères et aux veines leurs altérations sont très intéressantes.

Les veines sont augmentées de volume, thrombosées, oblitérées. Les artères qui résistent mieux à la torsion restent en majeure partie perméables.

Les grosses artères seules ont leur lumière occupée par de nombreuses travées de fibrine, « véritable caillot en formation ». Leur paroi présente des hémorragies interstitielles.

Les petites artères et celles de moyen calibre restent ouvertes au cours du sang.

De cette disposition résulte l'accroissement de la tumeur. Peut-être cette gêne circulatoire joue-t-elle un

rôle important dans la genèse des accidents d'étranglement, nous aurons à y revenir.

RÉPERCUSSION SUR LES ORGANES VOISINS

La trompe et l'ovaire sont contenus tous deux dans le ligament large qui les enferme dans les deux ailerons moyen et postérieur. Cette commune enveloppe les met dans une dépendance assez étroite et la trompe dans sa torsion devrait entraîner l'ovaire. Ce fait se produit. Il est cependant plus rare qu'on pourrait le penser.

Cathelin sur 23 observations ne l'a trouvé que 9 fois et nous-même jamais.

En tel cas l'ovaire peut avoir subi une atrophie tellement considérable qu'il est impossible de retrouver *au microscope* ses éléments constitutifs. L'utérus peut être entraîné et pivoter légèrement sur son axe en cas de grosse tumeur.

L'appendice peut adhérer à l'hydrosalpinx et même ne plus former avec lui qu'une masse unique (obs. IV).

Le péritoine ne reste pas indifférent, il est irrité et réagit par la formation d'adhérences que l'on considère généralement comme secondaires et récentes. Certains auteurs les ont signalées comme étant anciennes.

CHAPITRE III

ÉTIOLOGIE

Fréquence. — Pozzi écrivait en 1901 que « malgré une pratique assez étendue il n'avait jamais rencontré de torsion de pédicule d'hydrosalpinx ». Hartmann disait « que la torsion du pédicule des salpingites est tout à fait exceptionnelle ». Cette modalité des salpingites est aujourd'hui beaucoup mieux connue. Il est probable que la fréquence n'en a pas augmenté mais que l'attention étant éveillée, les cas n'ont pas échappé aux observateurs.

Ce n'est plus une nouveauté, mais nous croyons que les cas sont encore rares.

En effet sur 7.000 opérations pratiquées dans le service de gynécologie du Dr Lebecque, chirurgien de l'hôpital Saint-Joseph, nous n'en avons trouvé que 2 cas qui sont du 3 mars 1892 et du 6 novembre 1893.

M. le Dr Potherat, chirurgien-chef de l'hôpital Broussais, n'a pu nous en fournir d'observations.

Age. — C'est entre 30 et 40 ans qu'on observe ces torsions; par conséquent en pleine période d'activité

génitale ; si bien que l'on peut se demander si la grossesse ne joue pas un rôle dans leur étiologie.

Elle semble les favoriser par le relâchement qu'elle produit dans tous les tissus.

M. le professeur Pinard pense que la grossesse est une cause adjuvante au même titre que pour la torsion d'un pédicule de kyste ovarique et a rapporté récemment une observation nouvelle (*obs. V*).

Comme dans une observation de Hartmann (*observat. XLI citée par* Cathelin) c'est au cours de la grossesse que la crise la plus importante s'est produite.

La torsion se fait plus fréquemment à droite qu'à gauche sans que nous puissions donner de raisons explicatives, les lésions salpingiennes étant très souvent bilatérales.

MÉCANISME

De nos recherches sur le mécanisme il ressort que cette étude qui a fait naître de nombreuses hypothèses, n'a pas donné de solution satisfaisante.

Lejars dit en 1909 à la Société d'Obstétrique que le mécanisme de la torsion des trompes est toujours aussi obscur et que nous en sommes réduits aux hypothèses anciennes.

Maillard (*Thèse de Paris*, 1898) invoque les mouvements de l'intestin, les alternatives de vacuité et de réplétion du rectum et de la vessie, les mouvements du corps, l'inégal développement de la tumeur.

Hartmann y ajoute certaines modifications de forme des annexes.

Legueu donne avec raison une importance capitale au pédicule. Pour cet auteur, les conditions premières de toute torsion résident dans la longueur et la minceur du pédicule.

Cathelin dans son mémoire passe en revue toutes les causes et les divise en *intrinsèques et extrinsèques*. Nous les résumons ici.

Causes intrinsèques. — Il fait une condition *sine qua non* de l'obligation pour la tumeur de se tordre dans le tiers externe de la trompe à l'endroit où elle se libère du ligament large.

Cette idée, reprise par Doléris dans une discussion à la Société d'Obstétrique, Gynécologie et de Pédiatrie, est combattue par Lucas Championnière qui la considère comme trop absolue et dit avoir vu des torsions du pédicule se faire tout près de l'utérus.

La longueur et la minceur du pédicule. — Cette condition paraît être absolument nécessaire, elle est d'ailleurs universellement invoquée.

L'augmentation progressive de la tumeur. — Cathelin dit que l'accroissement de la tumeur la prédispose à une nouvelle torsion.

Nous pensons qu'il faut accorder quelque considération à cet accroissement de la tumeur.

Quelles que soient les raisons de sa distension, elle ne peut augmenter que du côté de l'abdomen, où elle ne rencontre pas de résistance. Partout ailleurs elle est arrêtée par la paroi osseuse du bassin au détroit supérieur.

Cet accroissement a pour effet de la rendre abdominale et de lui conférer une liberté nécessaire à son évolution future, c'est là le point important.

Causes extrinsèques. — Les causes extrinsèques sont nombreuses. Ce sont elles qui vont agir sur cette tumeur en équilibre instable qui nage dans un milieu que les surfaces glissantes rendent comparable à un milieu liquide (Sorbi). C'est sous leur influence que la torsion va se produire.

Pression intestinale et contraction intestinale. — L'intestin qui se trouve au-dessus et autour de cette tumeur possède un poids important, le gros intestin à lui seul ayant une capacité de 1.500 à 2.500 centimètres cubes.

Cathelin explique comment cette masse pesant sur la collection peut par décomposition des forces arriver à une résultante qui donnera à la tumeur un mouvement circulaire. Il y ajoute les contractions péristaltiques et antipéristaltiques de l'intestin qui peuvent encore aider au résultat.

Ces mouvements sont encore accrus par la *déclivité très grande en bas et en avant* du détroit supérieur, sur lequel peut rouler la tumeur. Telles sont, d'après Cathelin, les différentes causes de la torsion.

Nous avons trouvé dans nos recherches une étude du mécanisme de la torsion, faite par le Dr Sorbi dans la *Ginecologia* du 17 mai 1910, nous avons traduit cet ouvrage qui nous a paru complet et intéressant et que nous donnons *in extenso*.

« Pour expliquer la torsion du pédicule dans les col-

lections tubaires, il est nécessaire d'invoquer des causes intrinsèques et extrinsèques.

Les premières sont : la formation de la collection à la partie la plus externe de la trompe, la diversité et l'inégalité de développement de la collection, la laxité et la longueur du mésosalpinx, le manque d'adhérences.

Les secondes : les brusques mouvements du corps, les contractions des anses intestinales, l'état de vacuité et de replétion alternative de la vessie et du rectum et des anses intestinales voisines, la laxité des moyens de fixation des organes génitaux, l'inclinaison du détroit supérieur, la petitesse des surfaces de contact, les lésions concomitantes de l'appendice.

Alfieri accorde avec raison une grande importance aux causes intrinsèques et particulièrement aux changements anatomiques.

Grâce à sa disposition anatomique normale, lorsque la trompe se tend, elle arrive à prendre la forme d'une cornemuse renversée dont la grosse extrémité serait tournée vers le haut, ou d'une poire appuyée par la pointe sur un soutien quelconque.

Dans ces conditions elle est en état d'équilibre instable ; quand celui-ci vient à manquer pour la moindre cause, elle tombe en avant ou en arrière jusqu'à ce qu'elle trouve son assiette. Elle la trouve dans la position opposée, le plus grand pôle étant en bas, et elle accomplit ainsi une rotation de 180°.

Cette rotation n'a pas grande importance au point de vue clinique, la plupart du temps on ne s'en aperçoit pas, parce qu'elle est insuffisante pour amener l'étran-

glement des vaisseaux, véritable cause de la puissante symptomatologie de la torsion.

Ce mécanisme qui constitue un fait normal, selon Alfieri, dans l'évolution de la torsion de l'hydrosalpinx ne peut expliquer que la première chute accompagnée de torsion de 180°.

Pour expliquer le complément des tours de spire ou même le retour au point de départ primitif, il est bon de revenir encore aux causes extrinsèques. Au nombre des plus importantes sont certainement les mouvements ou changements brusques de position du corps associés à l'état alternatif de réplétion et de vide vésical et rectal qui amènent de légers déplacements de l'utérus et de ses annexes. C'est d'autant plus vrai qu'il faut considérer que chez la femme en général la vessie se vide plus rarement que chez l'homme, que cela détermine par conséquent des déplacements plus grands et qu'il y a chez la plupart des femmes une constipation habituelle.

Il faut y joindre les mouvements des anses intestinales et leur état de tension plus ou moins grande.

Il me semble toutefois que parmi les causes intrinsèques il y en a d'autres dont on peut vraiment tenir compte dans l'explication du phénomène. Étant donné que, grâce à la multiplicité des tours de torsion, il ne saurait se former d'adhérences étendues, courtes et fortes, et que celles-ci, puisqu'elles existent, sont plutôt lâches, limitées et susceptibles d'allongement, capables même d'enserrer la tumeur en lui laissant sa liberté de mouvement, il convient de tenir compte de l'élas-

ticité et du manque de résistance des parois de la tumeur et de son contenu liquide.

En partant de l'hypothèse d'Alfieri, alors que de la façon exposée plus haut, il s'est produit une première chute de l'hydrosalpinx avec torsion de 180° sur le pédicule, la tuméfaction tendra certainement à s'adapter à cette nouvelle position.

De telle sorte que le nouveau point d'appui sera comprimé plus ou moins en raison du poids et du volume de la poche et le liquide rejeté des parties comprimées tendra à détendre les autres parties et à en modifier par la suite la forme et les rapports, cela dans des proportions plus ou moins grandes et en raison de l'élasticité et du manque de résistance des parois.

Si en outre par suite de la torsion ou à cause de la nature même de l'affection, la quantité du liquide vient à augmenter, il est évident que l'augmentation se produira par une distension des parois du côté où elles ne rencontrent pas d'obstacle.

La distension sera uniforme si la résistance des parois est uniforme, elle sera plus grande quand celle-ci sera plus faible.

Il est possible qu'étant donné ces conditions il s'établisse de nouveaux états d'équilibre instable, qui sous l'action des autres causes extrinsèques pourront favoriser la continuation ou la répétition des tours de torsion.

Quand le développement de la poche la conduit dans la cavité abdominale, comme il s'y produit des oscillations et des fluctuations, du relâchement des parties

abdominales et du glissement des surfaces de contact, des mouvements du corps, les tuméfactions, à quelque organe qu'elles appartiennent, si elles sont pourvues d'un pédicule long et dépourvues d'adhérences, deviennent flottantes comme si elles baignaient dans un liquide et par suite elles sont sujettes à des torsions qui se font facilement sans qu'il y ait une loi qui les gouverne.

Quant au déplacement latéral de l'hydrosalpinx, il suppose une absence d'adhérences et un pédicule relâché, long et mince.

On vérifie d'autant plus facilement ces conditions que le pédicule non adhérent a été allongé et aminci par des torsions précédentes.

Dans une de nos observations, on peut fixer de façon assez sûre l'époque du déplacement, il coïnciderait avec le changement du siège de la douleur qui du flanc gauche s'était portée en bas et vers la ligne médiane. On peut en conclure que ce déplacement de la douleur était dû au déplacement de la tumeur.

Il est vraisemblable, puisqu'il est survenu plusieurs accès douloureux sans que pour cela des adhérences se soient produites.

On est toutefois porté à admettre que la torsion du pédicule doive se produire ensuite assez vite car il est rare qu'on ne trouve pas d'adhérences.

La cause déterminante de ses déplacements latéraux doit être cherchée dans les mouvements brusques, dans les changements rapides de positions du corps et parmi les causes qui y prédisposent il faut compter plus spé-

cialement sur l'état de vide ou de réplétion de la vessie et du rectum, sur la rétraction du ligament large qui tirant l'utérus en arrière agrandit l'espace vésico-utérin et favorise la chute de la tumeur dans cet espace. »

Nous voyons que pour Sorbi le fait important est la grande mobilité de la tumeur dans un milieu de consistance liquide, et qu'il croit cette disposition suffisante pour que la torsion s'effectue sans qu'une loi soit nécessaire.

Nous ne pensons pas que cela suffise : son explication du premier tour de torsion nous semble juste ainsi que cette idée que la paroi du kyste n'étant pas partout homogène, il puisse se produire en certains points des hernies liquides, susceptibles de déranger l'équilibre de l'hydrosalpinx et de favoriser une chute nouvelle autour du pédicule.

Pour résumer, il semble qu'on puisse rapporter les causes de la torsion à trois séries :

Les causes nécessaires ;
Les causes efficientes ;
Les causes adjuvantes.

Causes nécessaires.— Pour que la torsion puisse se faire, il faut :

Que la tumeur soit libre en tout sens.

Cette liberté est conditionnée par les circonstances suivantes :

Situation au tiers externe en dehors du ligament large ;
Pédicule long et mince ;

Situation élevée et comme conséquence équilibre statique instable ;

Absence d'adhérences.

Une tumeur remplissant ces conditions est en plein abdomen au-dessus du détroit supérieur, au-dessus du ligament large.

Elle est entourée des masses intestinales.

C'est alors que vont intervenir les causes efficientes.

Causes efficientes. — Ce sont : *la pression abdominale, la pression intestinale, les variations de plénitude et de vacuité de la vessie et du rectum.* Toutes ces cavités remplies représentent des masses qui peuvent transmettre à notre ovoïde dans certaines conditions particulières une force vive qui produira sa rotation.

La loi mécanique qui préside à sa production a été formulée par le Dr Potherat, chirurgien-chef de l'hôpital Broussais, à propos des kystes de l'ovaire tordus; elle est en tout applicable à la torsion de l'hydrosalpinx.

« **Un sphéroïde pris entre deux forces agissant en deux points opposés de sa surface, restera immobile si ces deux forces sont d'égale intensité et agissent aux deux extrémités d'un même diamètre.**

Il n'en sera plus de même lorsque l'une des deux forces sera inférieure à l'autre ou lorsque les deux forces n'auront plus leur point d'appui sur les deux points extrêmes d'un même diamètre. Alors le sphéroïde se déplacera, animé d'une vitesse variable avec sa mobilité, la liberté de mouvements qui lui est accordée par les organes voisins et surtout avec l'intensité des forces agissantes.

En même temps qu'il se déplacera, le sphéroïde ainsi mobilisé tournera sur lui-même en une giration spiroïde.

S'il est complètement libre tout en tournant sur lui-même, il décrira une trajectoire.

S'il estrattaché à une axe, il tournera sur lui-même entraînant l'axe si ce dernier est rigide et mobile, le tordant en spirale s'il est souple et fixé à l'une de ses extrémités.

C'est le cas de notre hydrosalpinx. Pour que pareil phénomène soit possible, il faut deux forces antagonistes qui pincent la tumeur. La flexion brusque du corps sur le bassin fournit un bel exemple. Pris entre la masse abdominale en haut qui dans ce mouvement est comprimée au maximum et le bassin en bas dans de telles conditions que le point d'application de ces deux forces ne soit pas aux extrémités d'un diamètre, l'ovoïde sera chassé et tournera.

Il en sera de même pour toutes les autres combinaisons de pression.

Mais l'ovoïde peut ne subir qu'une pression supérieure, la pression inférieure étant *nulle*. Nous aurons alors l'hydrosalpinx prolabé comme le décrit Alfieri, tordu sur son pédicule d'un demi-tour, soit 180°.

Si c'est la force inférieure qui est positive, la supérieure négative, l'hydrosalpinx soulevé tombera du côté le plus lourd, celui qui par exemple présentera une hernie kystique des parois ou qui rencontrera une surface particulièrement propice comme la pente formée par le détroit supérieur qui, nous le savons, s'incline de 60° sur l'horizontale en bas et en avant.

C'est ici un simple mouvement de chute qui intervient. Ce mouvement peut être modifié par les aspérités propres à la tumeur ou celles des surfaces voisines et transformé en roulement.

Nous avons, tout en décrivant le phénomène, parlé implicitement du rôle des causes adjuvantes que nous résumons ici.

Causes adjuvantes :

Lubréfaction des surfaces voisines ;

Déclivité du détroit supérieur du bassin ;

Mouvements du corps ;

Mouvements de l'intestin et ses irrégularités physiologiques (gaz, matières).

Nombre de spires. — Le nombre des spires formées par le pédicule peut être dû soit à une rotation considérable de la tumeur, propulsée par une force vive intense, soit à la répétition d'un déplacement identique.

Torsion. — Nous savons que la torsion peut être lâche ou serrée.

La torsion serrée est celle qui préoccupa le plus les chirurgiens car c'est elle qu'on trouve en cas de crises cataclysmiques.

La torsion lâche dont parle Legueu (*loc. cit.*) et dont l'étude a été reprise en 1909 à la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie par Lejars, présente de l'intérêt.

« La torsion, dit cet auteur, est loin de se manifester toujours à grand fracas, on ne saurait trop oublier les autres aspects cliniques sous lesquels elle se présente. »

Et plus loin pareilles torsions ne sont pas du reste définitives et complètes d'emblée, elles se font en plusieurs temps, par étapes, chaque striction nouvelle se traduit par un accroissement et une tension de la tumeur.

J'estime, dit-il, encore qu'elle peut affecter des formes chroniques et donner la raison de certains accidents attribués un peu vaguement à la pelvipéritonite ou aux névralgies pelviennes.

Il convient donc de tenir compte de ces torsions lâches qui donnent des douleurs, nous verrons que leur diagnostic est même faisable à qui connaît la possibilité de leur existence.

Nous arrivons à la suite logique de la torsion à l'étranglement.

L'étranglement est-il bien dû à la torsion dite brusque ? Ceci nous semble peu probable.

Sans nier la possibilité de torsion suffisamment serrée d'emblée pour produire un étranglement aigu avec toutes ses conséquences, nous pensons que la généralité des cas ne répond pas à cette pathogénie.

Il existe des torsions très serrées sans phénomènes d'étranglement (Lejars, *loc. cit.*). Si nous remontons par l'interrogatoire dans l'existence de la malade, nous trouvons presque toujours que les douleurs de ventre qui ont amené l'opération avaient été précédées *de nombreuses crises*, que ces crises correspondaient au *moment des règles (obs. I, obs. II, III)*. Ces crises cèdent souvent au traitement symptomatique de l'appendicite (glace), *(obs. I et IV)* et surtout au repos.

Rapprochons de ces faits l'étude des lésions microscopiques. Nous voyons que les veines sont thrombosées, deviennent imperméables et que les artères continuent leur apport sanguin. De là gonflement de la tumeur, apoplexie sanguine, *surtout au niveau du pédicule.*

Tous ces faits groupés nous portent à penser que la torsion lâche reste telle quelle et que les tours de spire se serrent par un mécanisme tout autre qu'une nouvelle torsion.

Il se pourrait que les veines coudées, tiraillées, dont on connaît la fragilité se lèsent puis se thrombosent petit à petit et finalement deviennent impropres à la circulation de retour. Les artères plus solides continuent leur fonction. D'où distension de la tumeur, distension des parois du pédicule *largement envahies par les diffusions sanguines.* Les spires grossissant se serrent jusqu'au moment où l'étranglement est complet et la crise éclate.

Nous aurions là l'explication de ces torsions par étapes qui cèdent au repos régulateur de la circulation, à la glace décongestionnante et qui apparaissent au moment de la congestion intense des organes utéro-annexielles, c'est-à-dire à l'époque des menstrues. Ainsi se vérifieraient ces mots du professeur Cornil rapportés par Cathelin : « C'est peut-être l'épanchement sanguin produit dans la trompe qui cause secondairement l'étranglement. »

Nous reconnaissons dans l'hydrosalpinx tordu plusieurs stades que nous ne pouvons mieux définir que Lejars, dont nous citerons et emprunterons la classification :

1° Hydrosalpinx tordu sans symptôme net de torsion, torsion lâche sans étranglement, un tour, un tour et demi de spire.

2° Hydrosalpinx tordu se signalant par des douleurs à répétition qui caractérisent les torsions compressives Évolution progressive qui ne va à l'étranglement qu'au bout d'un certain temps.

3° Hydrosalpinx tordu se présentant avec les signes de périmétro-salpingite et d'appendicite. Étranglement aigu.

CHAPITRE IV

Symptomatologie et diagnostic

Symptomatologie. — Nous diviserons les symptômes en deux catégories :

Les symptômes généraux ;

Les symptômes locaux.

Les symptômes généraux. — Le plus précoce est la douleur. Elle survient brusquement en plein état de santé, quelquefois après un effort (marche, équitation). Elle est violente, horrible, nécessitant l'injection de morphine. Ses irradiations sont fréquentes, elles se font dans les jambes, la région inguinale, les lombes, les hypocondres, les grandes lèvres (*obs. V*). Le facies est altéré, semblable à celui du shock (Cathelin).

Les vomissements sont fréquents, alimentaires et bilieux d'ordinaire, ils peuvent devenir fécaloïdes (*obs. I*).

La constipation est la règle. Quelquefois il y a arrêt complet des matières et de gaz simulant l'occlusion intestinale (*obs. I*).

Le pouls s'accélère et faiblit.

La température est normale.

Symptômes locaux. — A l'inspection le ventre est le plus souvent ballonné, quelquefois rétracté.

A la palpation il est très douloureux, rendant difficile cette manœuvre. On peut cependant arriver à constater la présence d'une tumeur qu'on trouve augmentée de volume si elle était déjà connue, à situation sous-ombilicale, externe et douée de mobilité.

La percussion donne une zone de matité comparable à celle de l'ascite et sans grand déplacement.

Le toucher vaginal permet l'exploration des culs-de-sac. Ils sont libres sauf le cul-de-sac postérieur en cas où la tumeur y serait tombée. Il permet également de constater un sillon séparant la tumeur de l'utérus et l'indépendance réciproque des deux organes. Cet utérus peut être tordu légèrement sur son axe ou déplacé.

Enfin on accède ainsi à la trompe qui fournit, d'après Legueu, deux signes importants par la constatation de son extrême sensibilité et de sa liberté.

Le toucher combiné au palper permet de localiser la tumeur et de reconnaître sa mobilité.

L'auscultation ne fournit pas de renseignements.

Elle peut être utile en cas de grossesse concomitante.

Evolution. — Suivant que l'étranglement est définitif ou non, les symptômes peuvent tourner court, surtout sous l'influence du repos aidé de glace, de compresses humides chaudes, et d'opium.

La récidive se produira un mois après, quelquefois plusieurs crises se succéderont en quinze jours (*obs. VII*). Les accalmies peuvent durer plusieurs années : jusqu'au jour où l'intervention sera nécessaire.

Diagnostic. — Il faut tout d'abord songer à l'éventualité de la torsion. Le diagnostic s'appuiera sur la constatation d'une tumeur abdominale tendue, fluctuante, mobile, laissant toute indépendance à l'utérus, toute leur souplesse et leur vacuité aux culs-de-sac du vagin ; sur la brusquerie de la douleur, sur ses irradiations et l'absence d'affections qui pourraient les expliquer, sur *l'absence de température, sur la constatation de la sensibilité exquise et de la liberté de la trompe* (Legueu).

L'anamnèse permettra de relever dans le passé d'autres crises semblables et contribuera à l'établir.

Ce diagnostic est difficile. Nous ne l'avons trouvé exactement fait que dans deux de nos observations (*obs. II et obs. III*). Cathelin ne l'avait pas trouvé dans ses observations (41).

Les erreurs de diagnostic portent par ordre de fréquence sur :

Les salpingites avec toutes leurs variétés ;

Les kystes de l'ovaire ;

L'appendicite ;

L'occlusion intestinale ;

La grossesse tubaire rompue ;

Les coliques néphrétiques.

Il est probable que ces erreurs sont imputables à l'ignorance dans laquelle on tenait l'hydrosalpinx tordu. Cette éventualité échappait complètement à l'esprit et l'on ne s'en préoccupait pas dans le diagnostic différentiel. Mieux comme elle peut être plus souvent dépistée.

Traitement. — Il est nécessaire d'intervenir en cas

de crise aiguë. On pratique la laparotomie et l'on s'inspire de l'état des organes pour la conduite à tenir. La castration sera complète ou incomplète, on fera l'hystérectomie totale, suivant les nécessités.

Pronostic. — Le pronostic en général est bon. Cathelin accuse une mortalité de 7,3 %.

Complications. — Les complications sont rares. On signale des cas de ruptures de la tumeur, de sphacèle du pédicule.

Les symptômes péritonéaux sont très fréquents, comme nous le savons. Maillard rapportait ces phénomènes au tiraillement du plexus solaire dont émanent les nerfs du ligament large et du pédicule. En réalité il y a bien péritonite puisqu'il y a formation d'adhérences qui traduisent la réaction de la séreuse. Mais cette affection est peu grave ; il s'agit d'une péritonite purement aseptique non infectieuse ainsi que l'ont démontré Hartmann, Morax et Reymond, Gosset. Les auteurs n'ont pas retrouvé de microorganismes pathogènes dans le liquide péritonéal. Il ne s'ensuit pas nécessairement que cette stérilité soit durable, nous avons vu que le streptocoque amené secondairement de l'intestin peut envahir la poche kystique, il peut également envahir le péritoine.

L'opération doit être ordinairement assez précoce pour empêcher cette infection secondaire, ce qui expliquerait la bénignité de cette péritonite.

Le professeur Pinard dans une observation (*obs. V*) signale l'apparition post-opératoire d'un ictère.

Il nous semble plus logique d'attribuer cette complication à l'anesthésie chloroformique chez cette femme qui avait déjà présenté de l'ictère auparavant et dont le foie était par conséquent en état d'insuffisance.

CONCLUSIONS

1° L'hydrosalpinx tordu n'est pas très rare: on le signale beaucoup plus depuis que l'attention des chirurgiens a été attirée sur son existence.

2° La torsion est sous la dépendance de causes favorisant l'application d'une loi mécanique simple.

3° Le syndrome appelé « torsion brusque » paraît être exceptionnel. Il paraît être l'aboutissant de torsions lentes se faisant par étapes.

4° Ce sont les troubles circulatoires qui déterminent l'étranglement plutôt que le resserrement des tours de spire.

5° Le diagnostic est difficile, mais paraît devoir se faire plus souvent, à mesure que le chirurgien s'accoutumera à compter avec la possibilité de cet accident dans le diagnostic différentiel.

OBSERVATIONS

Observation I (Personnelle).

Hydrosalpinx tordu. Accidents brusques d'occlusion intestinale. Laparotomie. Guérison.

Mme P..., 42 ans, a toujours été bien portante sauf dans sa jeunesse où elle fut atteinte de fièvre typhoïde. Une de ses sœurs et un de ses frères sont morts de méningite tuberculeuse.

Elle a été réglée à 17 ans, mais l'établissement de ses règles fut très pénible.

Les deux premières années ont été constamment troublées par *des douleurs abdominales exaspérées* pendant les deux ou trois premiers jours des règles qui ne venaient que tous les deux mois. Ces douleurs persistaient plus ou moins violentes dans l'intervalle.

Mariée à 20 ans, elle fait une fausse couche quelques mois après, à la suite d'un ictère qui dura deux mois.

A partir de ce moment les règles ne sont presque plus douloureuses. Elles apparaissent mensuellement et durent huit jours.

Leur abondance ne fait que croître jusqu'au moment de l'opération. Le flux est très *abondant ;* la malade le compare aux pertes d'une fausse couche.

Il y a *sept ans*, elle aurait eu une crise douloureuse assez violente du côté droit, étiquetée par son médecin colique néphrétique. Cette crise l'a retenue au lit pendant plusieurs jours.

Il y a *quatre ans*, même crise durant quatre jours.

En décembre 1910, éclatent des douleurs violentes à droite avec vomissements et fièvre légère.

On porte le diagnostic d'appendicite. Glace sur le ventre. Opium, repos, diète.

Le traitement dura vingt et un jours, puis tout étant rentré *dans l'ordre*, la malade reprend son existence.

Le samedi 8 mai 1911, la malade est reprise de douleurs très violentes dans tout l'abdomen sans vomissements et *sans fièvre*. On diagnostique une nouvelle crise appendiculaire.

Repos, morphine et glace.

Le mardi, apparaissent quelques vomissements qui persistent durant la journée du mercredi.

Il n'y a pas *de fièvre* et elle n'apparaîtra pas.

Dans la nuit du mercredi, on porte le diagnostic d'occlusion intestinale, étant donnés les vomissements, l'absence absolue de matières et de gaz, le météorisme énorme et l'absence de fièvre. Une intervention est décidée pour le lendemain matin.

Au moment d'intervenir, l'apparition de vomissements fécaloïdes confirme le diagnostic de la veille.

On fait une laparotomie médiane. Les anses intestinales sont très dilatées. Au milieu de ses anses que l'on relève, apparaît l'utérus du volume du poing et fibromateux.

On recherche les annexes et l'on trouve dans le Douglas leur hydrosalpinx gauche tordu deux fois sur son pédicule, présentant une couleur foncée.

Cette tumeur a la forme d'une poire à grosse extrémité externe, elle est bosselée et irrégulière.

La contenance est de 300 centimètres cubes.

L'ovaire hypertrophié est le siège d'une congestion intense.

Du côté droit, la trompe est également le siège d'un hydrosalpinx mais non tordu sur son pédicule et d'un moins gros volume.

On pratique l'hystérectomie subtotale.

Les nuits furent simples et la malade sort de l'hôpital complètement guérie quinze jours après.

Observation II

Communiqué à la Société d'Obstétrique, gynécologie et Pédiatrie, le 9 juillet 1906, par Martin de Rouen.

Il s'agit d'une femme se croyant enceinte de quatre mois, qui prise de douleurs abdominales violentes vint à la maternité pour effectuer son avortement.

Or cette femme qui avait présenté *neuf ans auparavant de violentes douleurs* de ventre localisées du côté droit qui l'avaient obligé à garder le lit pendant un mois n'était pas enceinte.

Comme on sentait à droite une tumeur arrondie, fluctuante, on diagnostiqua une annexite droite avec torsion, les symptômes étant ceux que l'on rencontre dans les torsions des kystes de l'ovaire. La laparotomie montra une tumeur lisse, fluctuante, comparable à une anse intestinale. C'était un hydrosalpinx tordu deux fois sur lui-même en sens inverse des aiguilles d'une montre.

Observation III

Cas publié par Sorbi dans *la Gynécologie* du 15 mai 1910
(Traduction personnelle.)

Agnès P..., 17 ans, nubile.

La mère est morte d'un carcinome du sein.

La malade a souffert des maladies de l'enfance.

Elle fut réglée à 13 ans 1/2. Les douleurs qui ont accompagné *ses règles* occupaient la région sacrée, et n'étaient pas assez fortes pour lui interdire ses occupations.

Ses règles ne furent jamais régulières. Elles avançaient, retardaient et même ne se montraient pas.

A son entrée à l'hôpital elle accusait depuis quatre ou cinq mois une aménorrhée presque complète avec leucorrhée intermittente.

Depuis le dernier mois, elle était atteinte d'une douleur gravative mais non très intense dans le quart inférieur gauche du ventre, avec correspondance dans la région lombo-sacrée correspondante.

Cette douleur qui prenait le caractère de tiraillements se faisait particulièrement sentir aux changements de positions.

A certains moments *son intensité* se faisait plus grande et s'accompagnait alors d'éructations de météorisme et de quelques nausées. *Ces phénomènes* cessaient *par le repos* et les applications chaudes.

Pas d'autres altérations locales ou générales, objectives ou subjectives dignes d'être notées.

Les muqueuses présentaient une coloration rose pâle, la peau décolorée et légèrement olivâtre.

Structure générale frêle.

Rien d'anormal aux vaisseaux ni au cœur.

Du côté des urines pas de sédiments pouvant indiquer quelque altération des organes urinaires.

Leur poids spécifique était de 1.021, leur réaction acide et l'analyse ne donnaient ni sucre, ni albumine.

L'examen du sang donnait 3.500.000 globules rouges.

Examen du ventre. — A l'inspection on remarquait au quart inférieur gauche du ventre un soulèvement évident sans modification de la peau.

Ce soulèvement qu'on pouvait soigneusement apprécier à la palpation, était dû à une tuméfaction qui occupait tout le quart inférieur gauche.

Elle atteignait le niveau de l'ombilic.

Sa forme était arrondie, de la grosseur d'une tête de fœtus à terme, de consistance dure, élastique, avec comme une obscure sensation de fluctuation.

Elle était nettement distincte des parties voisines et douée de mouvements latéraux.

Sa consistance était augmentée en un point profond du bassin correspondant à la base de la tumeur.

A la percussion cette intumescence donnait un son sourd.

A l'auscultation rien.

Examen vaginal. — Nullipare. Hymen intact, assez dilatable.

Vagin long, resserré, rugueux, décoloré.

Exploration bimanuelle. — On reconnaît avec plus de facilité les caractères précités.

On distingue mieux cette portion de la tumeur que l'on avait trouvée plus dure, elle est douloureuse à la pression et de forme manifestement allongée.

A droite, pas d'altération.

Diagnostic. —Sac de la trompe gauche tordu sur son pédicule.

5 *décembre.* — Opération sous anesthésie à l'éther. Position de Trendelenbourg. Laparotomie médiane.

On trouve un kyste de la trompe tordu sur son pédicule, de couleur bleuâtre foncée et du volume d'une tête de fœtus.

Guérison.

Observation IV

Salpingite droite tordue, accompagnée de lésion appendiculaire.

Beaussenat et Bender. — Société anatomique, 27 février 1903.

Il s'agit d'une femme de 30 ans jusque-là très bien portante. Elle a toujours été bien réglée, jamais de grossesse. Elle est sujette à des crises de constipation avec diarrhée glaireuse.

Il y a quinze jours, la malade fut prise brusquement d'une violente douleur dans le bas ventre et le flanc droit. Cette douleur s'accompagna d'un arrêt complet des matières et gaz, ballonnement du ventre avec nausées puis vomissements et accélération du pouls. Un médecin appelé posa le diagnostic ferme d'appendicite et ordonna la diète de la glace et de l'opium.

Au bout de trois jours amélioration, la fièvre tombe, le ballonnement diminue, l'intestin fonctionne, le flanc droit reste douloureux et empâté.

La malade est vue le quinzième jour. Pas de fièvre, le pouls est normal. Le ventre est souple et non ballonné. La fosse iliaque droite n'est, à vrai dire, pas douloureuse et la pression au point de Mac Burney ne révèle qu'une douleur minime qui

va au contraire en s'augmentant à mesure qu'on se rapproche de l'arcade crurale.

Le toucher combiné au palper montre que l'utérus est en antéversion légèrement immobilisé. Les annexes gauches sont augmentées de volume, un peu douloureuses.

Le cul-de-sac latéral droit est occupé par une masse du volume d'une orange, peu douloureuse, régulière, séparée de l'utérus par un sillon. Cette masse est immobile et de consistance rénitente. Le point le plus douloureux siège immédiatement en avant du rectum.

Le toucher rectal confirme le résultat du toucher vaginal.

Diagnostic. — Annexite avec appendicite ou peut-être appendicite à forme pelvienne.

Quelques jours plus tard, laparotomie.

L'appendice se perd dans une masse qui remplit la cavité pelvienne. Cette masse est une trompe kystique du volume d'une mandarine, fortement distendue.

Sa coloration est violet foncé avec quelques points de couleur feuille morte paraissant en imminence de sphacèle.

Elle affecte sensiblement la forme d'une poire dont la grosse extrémité occuperait le Douglas et le cul-de-sac droit : le pédicule est tordu plusieurs fois sur lui-même au niveau de son insertion utérine et il y a un tel amincissement que la moindre traction menace de le rompre.

A l'examen des pièces, le kyste est de couleur violacée, renfermant un liquide brunâtre grumeleux. Le pédicule annexiel est tordu dans le sens des aiguilles d'une montre.

Cette torsion très serrée comporte cinq tours de spire. Les auteurs insistent sur la façon remarquable dont les tours de spires étaient serrés.

Observation V

Torsion d'hydrosalpinx pendant la grossesse.

Pinard. — *Presse médicale*, mercredi 17 décembre 1902.

Les premiers symptômes observés furent des accidents très graves faisant croire à une appendicite.

Il y avait des douleurs dans la fosse iliaque droite et tellement intenses qu'il y avait état nauséeux.

Mais la localisation de la douleur était trop basse pour que le diagnostic fût maintenu : d'autant plus qu'il y avait *irradiation* dans la grande lèvre droite.

Le pouls et *la température* étaient normaux, pas de troubles intestinaux, envies fréquentes d'uriner.

On pensa alors à des coliques néphrétiques et on prescrivit bains et morphine.

Après plusieurs jours d'état stationnaire, il survint brusquement des vomissements de bile presque pure et de la diarrhée intense avec météorisme abdominal énorme et teinte subictérique très prononcée. Pouls 104.

En présence du facies péritonéal très net et de cet ensemble symptomatique, on fait la dilatation manuelle sous chloroforme et on accouche la femme avec application de forceps.

Trait particulier: immédiatement après, le ventre était souple et la femme ne présentait aucune douleur.

M. Pinard, s'appuyant sur ce fait que les suites de couches sont suivies d'accalmie traîtresse, insista pour qu'on fît la laparotomie.

On trouva un hydro-hémosalpinx droit à pédicule tordu sous forme de tumeur noire.

Particularité rare des suites opératoires : ce fut la production d'un ictère d'intensité extrême.

Observation VI

LEJARS.— Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie, séance du 8 novembre 1909.

Une femme de 32 ans m'est envoyée par un médecin de Soissons en octobre 1908. De bonne santé générale, elle a eu un enfant il y a douze ans. Ses règles durent quatre ou cinq jours, elles viennent à date fixe, sont peu abondantes ; elles sont devenues un peu douloureuses dans les derniers temps. Quelques pertes blanches.

Il y a *trois ans*, la malade a commencé brusquement à souffrir du ventre, les douleurs ont persisté avec leur acuité initiale pendant quelques jours, puis elles se sont calmées. Mais elles reparaissent au moment *des règles* après la marche et les fatigues et surtout depuis six mois. *En juillet dernier*, une crise violente est survenue qui a exigé un alitement d'une dizaine de jours.

A l'examen, on trouve en avant de l'utérus et à gauche une masse du volume du poing, arrondie, compacte, dure, un peu mobile. Nous portons, comme l'avait fait le médecin, le diagnostic de fibrome sous-péritonéal, développé tout en dedans, ce qui explique l'absence d'hémorragies.

Laparotomie le 24 octobre 1908, on trouve en avant et à gauche une grosse tumeur noirâtre partout adhérente, que l'on décolle et libère ; on s'aperçoit alors qu'elle correspond aux annexes gauches et qu'elle s'attache à la corne utérine gauche par un pédicule deux fois tordu, en voie d'ulcération. Ce pédicule

est lié et la tumeur enlevée. Elle était constituée par une poche de parois très épaisses, de contenu rougeâtre, trouble, qui représentait l'extrémité externe de la trompe.

Observation VII

LEJARS. — Société d'Obstétrique, Gynécologie et Pédiatrie, 8 novembre 1904.

Il s'agit d'une malade de 38 ans qui n'avait jamais eu d'enfant ni de fausses couches. Les règles étaient restées normales et d'abondance moyenne et les accidents douloureux avaient les premiers attiré l'attention.

Vers le 15 décembre 1908, la malade avait été prise de douleurs abdominales très vives, occupant la fosse iliaque gauche et très localisées à ce niveau.

Au moment des exacerbations qui survenaient de temps à autre, il y avait quelques nausées, mais pas de vomissements. *Cinq ou six crises de ce genre se succédèrent dans la dernière moitié de décembre.* En janvier, des douleurs moins aiguës et diffuses ne cessèrent point.

Elle entra le 1er février dans mon service.

A l'examen on trouvait une tumeur un peu bosselée, dure, fixe, qui se prolongeait en haut jusqu'à 3 travers de doigts au-dessous de l'ombilic et s'étendait dans toute la fosse iliaque. Le col, moyen, un peu mou, était très haut situé et la masse au double palper conservait une immobilité à peu près complète et donnait l'impression d'un fibrome adhérent.

Le 14 février, laparotomie. Elle montra un fibrome à lobes multiples, largement adhérent en particulier à l'intestin. Il fut

libéré progressivement et amené au dehors. Les annexes droites étaient normales ; à gauche, la trompe très grosse et noirâtre était tordue dans sa moitié externe et la torsion très serrée, maintenue par des adhérences filamenteuses récentes.

On fit l'hystérectomie supra-vaginale avec ablation des annexes. Guérison.

Vu : le Président de la thèse
SEGOND

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie
L. LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Albertin. — Société de Chirurgie de Lyon, 26 janvier 1911.

Alfieri. — Sur la torsion des sactosalpinx. Feuilles gynécologiques, n° 1, 1908.

Bland Sutton. — Salpingitis and some of its effects. The Lancet. Londres, II, 1890.

— Surgical diseases of the ovaries and fallopian tubes, 1891, p. 526, rapporté in Centralblatt f. Gynecologie par Weit. Ueber Hæmatosalpinx, 30 mai 1891, p. 444.

Baudron. — Compte rendu. Société de Gynécologie, d'Obst. et de Pédiatrie, 6 avril 1900. Tome II, p. 90.

Beaussenat et Bender. — Presse médicale, 1903, p. 210.

Clado et Maufert. — Bulletin de la Société anatomique de Paris, janvier 1900, p. 41.

Cathelin. — (Mémoire). Revue de Chirurgie, 1901, t. I, p. 252 et n° 406 et Bulletin de la Société anatomique, juillet 1900.

Cocheret. — Société anatomique. Paris, 20 mai 1904.

Delbet (P.). — Bulletin de la Société anatomique. Paris, 1892, p. 300.

Dainville (Fr.) — Hydrohémosalpinx tordu. Société anatomique, Paris, 18 décembre 1903.

Fritsch. — Die Krankeiten der Frauen. Berlin, 1894.

Forselles (Arthur of). — Deutsche axendrelumg der Tube (Zeitschrift fur Chirurgie). Leipzig, 1898, Bd. XLVIII, S. 198.

Fochier. — Bulletin de la Société de Chirurgie de Lyon, 10 mai 1900.

Gosset et Reymond.— Annales de Gynécologie et d'Obstétrique, Paris, juillet 1899 et Bulletin de la Société anatomique, Paris, juillet 1899.

Gouillioud. — Société de Chirurgie de Lyon, 10 mai 1900.

Henning. — Centralbl. fur Gynecologie, 1893, p. 729.

Hartmann et Reymond. — Annales de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie. Paris, 1894, tome XLII, p. 172, t. L, p. 161.

Hirst. — Torsion of the Fallopian tube. American Journal of Obstetric. New-York, 1896, t. I, vol. XXXIII, p. 263.

Herff (V.). — Centralbl. fur Gynecologie, 1895, p. 695.

Hartmann et Reymond. — Annales de Gynécologie et d'Obstétrique, Paris, 1898, tome II, p. 161.

Hartmann.— Compte rendu de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie. Paris, séance du 2 février 1900. Discussion ; Legueu, Prof. Pinard, rapportée dans Annales de Gynécologie et Obstétrique, avril 1900.

— Compte rendu Société obstétrique, Gynécologie et Pédiatrie, 5 octobre 1900 et in Semaine gynécologique, Paris, 1900.

Heil. — Monatsschrift fur Gebursthulfe und Gynecologie, t. XXXI, f. 3 mars 1910, p. 373-384.

Jacobs. — Bulletin de la Société de Gynécologie et d'Obstétrique. Bruxelles, 1895. Rapporté in Centralblatt. fur Gynecologie, 1896, p. 1283.

Legueu et Chabry. — Revue de Gynécologie et Obst. Paris, 1897, n° 1, p. 11.

Legueu. — Revue de Gynécologie et Chirurgie abdominale. Paris, février 1898.

— Presse médicale, 20 janvier 1900, p. 37.

— Presse médicale d'Egypte, 1er août 1909.

Lejars. — Revue d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie, p. 340-350. Discussion, 1909, t. XI.

— *Idem*, t. XI, 1909, p. 352-368. Discussion.

Martin(A.). — Eine Tubarschwangerschaft mit Stieltorsion. Centrabl. fur Gynecologie, 1893, p. 213.

Maillard. — Thèse de Paris, 1898, n° 429. Jouve, éditeur.

Martin (de Rouen). — Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie, 9 juillet 1906, 18 juillet 1906.

Napier. — Specimen of axial rotation of a right side paraovarial cyst with attached rigtht ovary and Fallopian tube distended by hemorrage.

— Transact. of the obstetrical Soc. Londres, 1892, vol. XXXIV, p. 124.

Pierson. — Cité par Malcolm Storer. Boston medical and chirurgical Journal, 1896, p. 463.

Poirier et Cathelin. — Bulletin Société anatomique de Paris, février 1900, p. 209.

Pozzi. — Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie. Paris, 2 mars 1900.

— Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale. Paris, mars-avril 1900, p. 195.

Pinard. — Torsion d'hydrosalpinx pendant la grossesse. Presse médicale, 17 décembre 1902.

Russel. — American Journal of Obstetri, vol. XXX, 1894, p. 192.

Rouffart. — Journal médical de Bruxelles, 22 mars 1900, n° 12.

Ricard. — Gazette des Hôpitaux, n° 48, p. 483, 26 avril 1900.

Rouffart. — Bull. Société de Gynécologie et d'Obst. Bruxelles, 1900, t. X, n° 10, p. 257.

Rabier. — (Thèse de Paris), 1903, n° 33. Contribution à l'étude de la torsion des trompes.

Rouffart. — Journal de Chirurgie et Annales de la Société belge de Chirurgie, t. IX, avril 1909, p. 73-78.

Richaud et Bidot. — Société de Biologie de Paris, 23 janvier 1909.

Stroganoff. — Société d'Oc. et de Gynéc. Saint-Pétersbourg, 1893, p. 1095.

Sænger. — Centrabl. fur Gynecologie, 1895, p. 727.

Sorbi. — La Ginecologia, t. VII, f. 9, 15 mai 1910.

Taylor. — British Gyn. Journal. Londres, vol. IX, p. 418. 1893.

Veit. — Verhandl. der deutschen Gesellschaft f. Gynecologie Leipzig, 1892, p. 216.

Warnek. — Nouvelles Archives, Soc. Gyn. et Obst. de Saint-Pétersbourg, rapporté dans les Annales Gynécol. et Obst. Paris, 1894, 1re sem., p. 335.

MAYENNE, IMPRIMERIE CHARLES COLIN